

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 114

Lymphangiome Kystique pararénal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond CLAPIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 17 Juillet 1904 à CHAMBON-FEUGEROLLES (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

LYMPHANGIOME KYSTIQUE PARARÉNAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 114

Lymphangiome Kystique pararénal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond CLAPIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 17 Juillet 1904 à CHAMBON-FEUGEROLLES (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COÛRS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, président; THÉVENOT Léon, assesseur;
SANTY et ROCHET Ph., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, après nous avoir rendu
la santé par une brillante interven-
tion. Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde re-
connaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHELIP,
Chirurgien de l'Hôpital de Sainte-Foy

Qui nous a soigné avec le plus
large dévouement. Nous l'en remer-
cions bien sincèrement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURBOULES
Chirurgien de l'Hôpital militaire Desgenettes

Dont nous avons particulière-
ment apprécié la bienveillance et
la compétence au cours de notre
séjour dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CIBERT

Qui a bien voulu nous conseiller
dans ce travail. Nous l'assurons de
toute notre gratitude.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant-propos

Le hasard nous a permis de constater sur nous-même, au cours de l'année 1929, la présence d'une volumineuse tumeur kystique lombo-iliaque. Après une heureuse et habile intervention du Docteur Santy, chirurgien des Hôpitaux, l'examen histologique de la pièce, pratiqué par le Docteur Noël, professeur agrégé d'histologie, a montré qu'il s'agissait d'un lymphangiome.

C'est ainsi que nous avons pu établir une auto-observation sur cette variété si exceptionnelle de tumeur liquide rétro-péritonéale. Sur le conseil du Docteur Santy, nous en avons fait le sujet de ce travail, où nous avons essayé de réunir quelques cas analogues et d'en montrer l'individualité anatomique, sinon clinique.

L'YMPHANGIOME KYSTIQUE PARARÉNAL

Introduction

Les tumeurs para-rénales sont rarement observées dans la pratique chirurgicale courante. Jusqu'à ces dernières années leur individualité anatomique n'avait pas été dégagée du groupe confus des tumeurs rétro-péritonéales. La difficulté du diagnostic et surtout l'absence de symptômes nets en ont fait pendant longtemps des trouvailles d'autopsie.

D'une façon très générale on peut en donner la définition suivante :

Ce sont des tumeurs rétro-péritonéales développées au contact du rein, resté intact, dans l'atmosphère celluloso-adipeuse qui l'entoure.

Elles constituent un groupe extrêmement complexe dont les différentes variétés se distinguent par leurs caractères anatomiques et surtout leur structure histologique ; l'interprétation en est d'ailleurs souvent difficile et discutable.

Il faut tout d'abord séparer ces tumeurs para-rénales en deux groupes :

Les tumeurs solides ;

Les tumeurs liquides.

LES TUMEURS SOLIDES, confondues sous l'appellation commune de néoplasmes rétro-péritonéaux, ont été progressivement démembrées grâce à l'étude de leurs rapports anatomiques et de leurs caractères histologiques.

Le point de départ se trouve, soit dans la capsule fibreuse du rein, soit dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui l'entoure. Par la suite, au cours de l'accroissement, les éléments contigus sont refoulés, le rein et son pédicule ne sont jamais envahis, mais sont souvent englobés par la tumeur.

Au point de vue histologique, ce sont presque toujours des tumeurs d'origine conjonctive : lipome, sarcome ou association de deux éléments : lipo-sarcome, lipomyxome. Exceptionnellement on peut rencontrer des néoplasmes mixtes ou même des cellules épithéliales. En résumé, ce sont presque toujours des néoplasmes conjonctifs polymorphes et atypiques.

LES TUMEURS LIQUIDES, beaucoup plus rares que les précédentes, ont formé jusqu'à ces dernières années un groupe confus, où voisinaient des cas disparates de collections péri-rénales enkystées d'origine traumatique ou inflammatoire ou de noyaux néoplasiques secondairement développés au contact du rein et de kystes véritables néoformés ou d'origine parasitaire ; aussi définirons-nous de la façon suivante les kystes pararénaux :

Ce sont des poches liquides ayant une paroi conjonctive, doublée d'éléments épithéliaux ou endothéliaux développées au contact du rein dans l'atmosphère cellulo-adipeuse où il est plongé.

La rareté des observations et des interventions n'a permis que tardivement l'étude des rapports anatomiques de ces kystes avec le rein et les éléments de son pédicule.

Le point de départ du développement est souvent incertain et difficile à repérer surtout quand la tumeur devenue énorme a refoulé et décollé le péritoine sur une grande étendue.

Ce qui est le plus caractéristique, c'est l'indépendance du rein et de son pédicule vis-à-vis de la tumeur qui est située le plus souvent en avant, beaucoup plus rarement en arrière. Elle se développe librement dans le tissu cellulo-graisseux péri-rénal, puis dans l'espace rétro-péritonéal sans contracter d'adhérences avec les organes qu'elle refoule simplement.

L'origine de telles tumeurs est très variable et d'ailleurs discutée. Dans beaucoup d'observations publiées les renseignements histologiques sont incomplets ou font complètement défaut ; ensuite, leur interprétation est souvent difficile et ne permet pas toujours de conclure d'une façon précise.

Les manifestations cliniques étant les mêmes, à peu de chose près, dans toutes les variétés de kystes pararénaux, il faut, pour dégager de ce groupe confus différents types individualisés, les classer d'après les caractères histologiques de la paroi.

Avec Thévenot, nous distinguons au point de vue anatomo-pathologique les variétés suivantes :

a) *Kystes Wolfiens* développés aux dépens de débris embryonnaires des corps de Wolf ou des corps de Mül-

ler, caractérisés par un épithélium à couche unique de cellules cylindriques.

b) *Kystes d'origine rénale* provenant d'un lobule aberrant de tissu rénal ou d'un diverticule du bassinet, communiquant ou non avec le bassinet. Les cellules qui tapissent la paroi rappellent celles des tubes urinifères. Le contenu rappelle l'urine par sa composition chimique.

c) *Kystes d'origine surrénale* : Dans l'épaisseur de leur paroi on trouve des trainées cellulaires, parfois condensées en véritables cordons, analogues aux cordons surrénaux.

d) *Kystes d'origine péritonéale* tapissés intérieurement d'un endothélium bas. Le contenu est, en général, un liquide séreux riche en albumine. De telles formations proviendraient d'une poche incluse entre les fascias d'accolement du péritoine.

e) *Kystes dermoïdes*, très rares, tapissés d'un tégument où s'implantent des poils. Le contenu est constitué par une matière sébacée.

f) *Kystes parasitaires* : Ce sont des kystes hydatiques avec leurs caractères habituels : liquide clair contenant des hydatides.

Enfin il existe une variété de kystes extrêmement rare qui auraient un point de départ lymphatique. Une telle origine a été discutée et on a voulu identifier de telles formations avec les kystes séreux : les caractères du revêtement peuvent être rapportés suivant les observateurs, soit à un endothélium vasculaire, soit à celui d'une séreuse.

C'est cette variété de kystes que nous nous sommes attaché à individualiser en présentant quelques observations qui nous semblent de nature à prouver l'existence de tumeurs liquides para-rénales d'origine lymphatique. Il s'agit de lymphangiomes kystiques uni ou multiloculaires, dont nous n'avons pu, malgré nos recherches, recueillir qu'un nombre très restreint d'observations. Et seul le hasard, en nous fournissant un cas personnel, nous a permis d'orienter notre travail dans ce sens.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

Des lymphangiomes en général

On les rencontre surtout dans les régions riches en lymphatiques, c'est-à-dire aux carrefours ganglionnaires. Ils constituent la variété de beaucoup la plus fréquente des kystes du cou.

Ces tumeurs apparaissent à tout âge, même chez les jeunes et peut-être même plus particulièrement chez ces derniers.

Dans la grande majorité des cas, ce sont des tumeurs d'origine congénitale, provenant d'anomalies de développement du système lymphatique. Lannelongue a, en effet, trouvé des kystes où coexistait, avec un revêtement épithélial cylindrique d'origine congénitale, des éléments lymphagiomateux. D'ailleurs la néoformation de vaisseaux lymphatiques reste encore à démontrer.

Quant à la cause qui détermine l'apparition de liquide à l'intérieur des anses lymphatiques elle nous est actuellement inconnue.

Des lymphangiomes kystiques pararénaux

Le nombre trop restreint d'observations ne nous permet pas de donner des indications générales sur l'étiologie.

Dans les observations présentées, l'âge des sujets est respectivement de 20, 25, 47, 32 ans : il semblerait donc que les jeunes sont plus particulièrement atteints, mais c'est une opinion sujette à révision. Nous ne savons rien sur la répartition de telles tumeurs dans les deux sexes.

Le seul point certain, c'est le caractère absolument exceptionnel de ces tumeurs.

Comme pour les lymphangiomes des autres régions de l'organisme, il faut admettre l'hypothèse de la congénitalité.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

Lymphangiomes en général

DÉFINITIONS. — Ce sont des tumeurs composées de vaisseaux lymphatiques néoformés. Mais la preuve de la néoformation n'est pas faite; aussi est-il préférable d'adopter la définition de Quenu et Delbet.

« Tumeur circonscrite, composée de vaisseaux lymphatiques dilatés et presque toujours congénitale. »

Une telle définition élimine les cas de varices lymphatiques dues à des obstacles d'origine mécanique ou inflammatoire.

Avec Wegner, nous distinguerons les variétés suivantes :

Lymphangiome simple, constitué par des amas de capillaires flexueux et dilatés.

Lymphangiome caverneux, constitué par des poches plus dilatées, communiquant ou non entre elles et émettant des diverticules plus ou moins anastomosés.

Lymphangiome kystique, formé par un assemblage de petits kystes accolés les uns aux autres et dont l'ensemble présente l'aspect d'une grappe de raisins. Il peut aussi exister des lymphangiomes kystiques uniloculaires.

Il n'y a pas de différence essentielle entre ces trois variétés, mais c'est simplement le degré de déformation des vaisseaux lymphatiques qui les distingue.

Partout la caractéristique principale est constituée par l'endothélium à cellules aplaties, disposées en jeu de patience, tapissant les cloisons conjonctives où se mêlent des fibres musculaires lisses avec, çà et là, des pelotons de cellules adipeuses et des cellules embryonnaires.

Le *lymphangiome kystique* se rencontre le plus souvent au cou — où il constitue ce que l'on nomme les kystes séreux — à la nuque, à l'aisselle, dans les muscles et dans le mésentère.

C'est le plus souvent une agglomération de kystes en forme de grappe de raisin, communiquant ou non avec les lymphatiques de la région.

Le développement a lieu aux dépens des éléments conjunctivo-vasculaires de la région.

La *paroi* est conjonctive, infiltrée de cellules embryonnaires en amas, avec parfois des fibres musculaires lisses, voire même des îlots cartilagineux.

La *cavité* est tapissée par un endothélium aplati et contient un liquide kystique comparable à la lymphe.

La *tumeur* est irrégulière, adhérente aux parties avoisinantes, émettant des prolongements que l'on peut disséquer.

La *coupe* montre des loges multiples séparées par des cloisons minces.

En somme ces tumeurs présentent tous les caractères de la bénignité et ne sont pas, à proprement parler, des néoplasmes.

Lymphangiome kystique pararénal

Etant donné l'absence de travaux d'ensemble sur la question et la rareté des observations, nous réunirons d'abord sous cette rubrique les résultats fournis par l'examen des pièces décrites dans nos observations et nous essaierons de dégager ensuite quelques données générales sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

OBSERVATION I

(Cas d'HOFFMANN)

Kyste du volume du poing, situé en avant du rein. Dans la capsule graisseuse, petits kystes du volume d'une noisette. (Autopsie.)

La paroi fibreuse est tapissée par une couche de cellules endothéliales.

OBSERVATION II

(Cas de JACOB et BOURGUIGNON, 1909)

Tumeur de 2 kg. 250. Au point de vue de son siège, cette tumeur doit être classée dans les tumeurs rétro-péritonéales.

Elle ne présentait pas d'adhérences avec le pancréas, mais elle en contractait avec le rein et le côlon ; elle était enveloppée d'une très mince capsule et pouvait être séparée par clivage des organes précédents, ainsi que de l'atmosphère cellulo-graisseuse périrénale. En se développant, la tumeur, coiffée du péritoine pariétal postérieur, avait refoulé le côlon ascendant et l'angle hépatocôlique vers la ligne médiane et était venue se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure. Le bord droit du grand épiploon adhérent à la tumeur a été réséqué.

Cette tumeur était formée de tissu de soutien de consistance molle, supportant de très nombreux kystes de dimensions variant de celles d'une lentille à celles d'un œuf de poule. A la périphérie, et à l'état frais, ils s'énucléaient de la gangue environnante par simple pression.

Ils contenaient un liquide très visqueux, de coloration jaunâtre.

L'examen histologique fait au Val-de-Grâce a montré que les cavités kystiques, de dimensions très variables, étaient contiguës le plus souvent, avec, en certains points, des diverticules très développés.

Ces cavités sont tapissées par un épithélium plat à noyaux saillants dans la lumière et reposant sur une membrane anhyste. En quelques points, certaines cellules de cet épithélium sont détachées, formant un véritable placard et il est facile de constater, en les examinant de champ, qu'il s'agit d'un endothélium analogue à un endothélium vasculaire.

Les cavités sont tantôt vides, tantôt occupées par une substance plus ou moins grenue, se colorant fortement par l'éosine et ayant les réactions des substances albumineuses.

Le stroma est formé de tissu conjonctif adulte, de densité variable et pouvant prendre en certains points, par sériation parallèle des faisceaux, un aspect vaguement

fibroïde. A la périphérie de la tumeur, ce tissu est plus dense et, sans constituer une véritable capsule fibreuse, la limite néanmoins d'une façon nette.

Au sein de ce tissu conjonctif, à la partie centrale, comme à la périphérie, les vaisseaux sanguins sont nombreux (capillaires, veinules, artérioles).

Il n'a jamais été constaté nulle part de processus inflammatoire ou hémorragique.

Un examen portant sur une autre partie de la pièce a montré la présence d'éléments myxomateux.

OBSERVATION III (DESPLAS)

Il s'agissait d'un kyste uniloculaire, d'aspect bleuâtre avant ponction, à paroi mince blanchâtre, d'épaisseur irrégulière, sans plaques cartilagineuses, à vascularisation très réduite. La surface interne est lisse, sans villosités.

Le volume est celui d'une tête de fœtus. Le contenu est un liquide opalin, verdâtre, fluide.

La tumeur siégeait à droite dans la fosse iliaque et dans la fosse lombaire, à gauche du cæcum et du côlon ascendant.

Cette poche rétropéritonéale est indépendante des annexes droites. Elle est située entre le côlon ascendant à droite et le mésentère à gauche, en haut elle aborde la deuxième portion du duodénum, en bas elle descend jusqu'à la partie moyenne de la fosse iliaque, surplombant le détroit supérieur.

L'uretère droit passe en avant, séparé de la tumeur par un plan de clivage.

Le pôle supérieur de la tumeur *affleure le pôle inférieur du rein*. Le flanc gauche du kyste se trouve en

avant de l'aorte et de l'artère iliaque primitive. Le bord gauche correspond à la veine cave.

La séparation de tous ces organes peut se faire grâce à des plans de clivage rendant l'extériorisation facile.

Le pôle inférieur du rein est intact.

Histologiquement, la paroi est formée essentiellement de tissu fibreux dense en couches parallèles. Dans les parties plus minces, on trouve des lymphocytes disposés en traînées contre les lamelles fibreuses et dans la couche sous-péritonéale du tissu adipeux. Dans les portions plus épaisses, le tissu fibreux renferme en outre de nombreux vaisseaux musculaires lisses diversement orientés et des *follicules de tissu réticulé, infiltrés de lymphocytes*. Il existe en outre quelques foyers hémorragiques et des capillaires dilatés.

L'épithélium manque à peu près partout. On retrouve quelques lambeaux d'un revêtement de cellules aplaties.

OBSERVATION IV

(*Cas personnel*)

L'intervention a permis d'extraire un volumineux kyste contenant 6 litres d'un liquide jaune foncé, limpide, dont l'analyse chimique n'a pas été faite.

La paroi est lisse et non végétante, et à sa surface le péritoine se réfléchit. Le clivage du côté du rein est facile, ainsi que du côté du péritoine.

On aperçoit les vaisseaux spermatiques, mais non les vaisseaux mésentériques inférieurs.

En bas, le kyste s'implante sur la crête iliaque dans l'angle sacro-iliaque ; cette adhérence est très intime avec la crête iliaque et les muscles et aponévroses voisins.

Il s'agit en somme d'un *kyste rétropéritonéal lombiliaque*, qui n'est pas à proprement parler un kyste pararénal, mais qui, grâce à son développement considérable,

était venu se mettre en contact avec la face antérieure du rein : c'est donc *une tumeur rétropéritonéale à implantation sacro-iliaque devenue secondairement pararénale*. C'est pourquoi nous avons cru pouvoir la faire entrer dans cette catégorie de tumeur, quoiqu'elle n'ait pas absolument le même point de départ.

L'examen histologique pratiqué par le Docteur NOEL, professeur agrégé d'*Histologie*, a montré que la paroi, au voisinage du point d'implantation, était constituée, de dehors en dedans, de la façon suivante :

1° Par une nappe de tissu musculaire strié, formée de fibrilles coupées sous différentes incidences et d'apparence normale ; les espaces interfasciculaires sont cependant, par places, infiltrés de cellules inflammatoires et légèrement œdématisées.

2° En dedans du muscle strié, on rencontre du tissu fibreux disposé en lamelles denses ; ces lamelles sont infiltrées par des cellules inflammatoires : lymphocytes et plasmocytes. Cette infiltration est, en général, discrète, les éléments réactionnels étant épars entre les fascicules fibreux ; mais elle apparaît particulièrement dense autour des vaisseaux.

La nappe fibreuse est creusée de lacunes de tailles très variables, à contour tantôt arrondi, tantôt très sinueux et possédant parfois des diverticules qui s'anastomosent avec des prolongements similaires venus des cavités voisines. La surface de ces cavités est tapissée par un endothélium au-dessus duquel se trouve une zone œdématisée contenant des plasmocytes et des lymphocytes. Ces lacunes, vides de tout contenu, rappellent exactement des cavités lymphatiques creusées au sein de la masse fibreuse.

3° La face interne de la pièce, formant paroi de la grande cavité kystique, présente la même structure lamelleuse et se montre infiltrée de cellules inflammatoires et de petites hémorragies. A sa surface, on rencontre,

de loin en loin, rarement, un élément cellulaire aplati, endothéliforme, mais il n'existe pas de revêtement endothélial continu.

En somme, l'examen histologique permet d'éliminer d'emblée l'existence d'un processus néoplasique ; il montre une paroi fibreuse, creusée de lacunes à revêtement endothélial et infiltrées de cellules inflammatoires : lymphocytes et plasmocytes. Cette constatation permet de conclure à un LYMPHANGIOME.

Des détails fournis par les observations, on peut dégager un certain nombre de caractères généraux concernant l'anatomie pathologique des lymphangiomes kystiques para-rénaux.

Données générales sur l'anatomie pathologique des lymphangiomes kystiques pararénaux

MACROSCOPIQUEMENT, ces tumeurs peuvent être uni ou multiloculaires, mais en général c'est cette dernière forme qui prédomine.

On observe alors, dans ce dernier cas, la forme décrite par Lannelongue et Achard sous le nom de kyste séreux :

« Extérieurement, ces tumeurs se présentent sous l'aspect d'une masse bosselée et mamelonnée, formée par l'agglomération de vésicules nombreuses, arrondies, tremblotantes, diversement colorées suivant la nature de leur contenu qu'elles laissent apercevoir par transparence ; ces vésicules, pressées les unes contre les autres, sont comparables à des œufs de poisson »,

La *paroi* est, en général, mince et résistante, d'épaisseur uniforme, d'aspect plus ou moins fibreux, laissant voir par transparence le liquide contenu à l'intérieur. En outre, la surface interne est lisse, sans végétations, ni villosités.

Le *contenu* liquide est de nature séreuse, parfois visqueux et jaunâtre, avec forte réaction albumineuse. Le plus souvent l'analyse chimique n'a pas été faite et on ne peut savoir s'il existe quelque ressemblance avec la composition de la lymphe : ce qu'il serait évidemment très important de pouvoir préciser.

Plus rarement on rencontre des kystes uniloculaires comme dans le cas d'Hoffmann et le nôtre. Leur *volume* peut être considérable (6 litres et plus). Le *contenu* est représenté par un liquide en général limpide, fluide ou plus ou moins visqueux, de coloration jaune ou jaune foncé.

SITUATION ET RAPPORTS. — Ces kystes sont développés dans l'*espace rétro-péritonéal*, ainsi défini par Mauclore :

« Cavité virtuelle, située entre la colonne vertébrale en arrière et le péritoine en avant. Cette cavité descend jusqu'à la crête iliaque et elle est limitée en haut par le diaphragme ».

C'est dans cet espace que ces tumeurs vont contracter des rapports avec :

Le rein et son pédicule, l'uretère. — Il y a le plus souvent adhérence, surtout au niveau du pôle inférieur, mais sans envahissement, car il existe presque toujours

un plan de clivage permettant la séparation, puis l'extériorisation sans lésion du rein. Dans les formes très volumineuses, l'uretère lui-même peut être refoulé en dedans, en avant ou en dehors.

Le *côlon* est d'abord refoulé en avant donnant une bande sonore ; puis, avec l'accroissement de la tumeur, qui décolle le péritoine pariétal postérieur, il est ramené en dedans, si bien que la poche, tapissée du péritoine, souvent réfléchi à sa surface, peut venir en contact avec la paroi abdominale.

Enfin il faut rappeler le cas exceptionnel de tumeurs ayant une implantation nette et intime dans l'angle sacro-iliaque, et décollant très haut le péritoine, grâce à leur volume considérable, comme cela s'était produit dans notre cas personnel.

En somme, au point de vue macroscopique, ces tumeurs n'envahissent pas les organes avec lesquels elles entrent en contact et présentent presque toujours un plan de clivage. En général, elles n'ont pas d'implantation nette, sauf dans des cas exceptionnels où le point de départ est iliaque. Mais alors il s'agit plutôt de *kyste lombo-iliaque rétro-péritonéal*.

HISTOLOGIQUEMENT. — La paroi (que le kyste soit uni ou multiloculaire) présente les caractères suivants :

Elle est constituée par un stroma conjonctif à structure lamelleuse, parfois même fibreuse, creusé de lacunes de dimensions variables et irrégulières, avec ou sans diverticules, tapissées d'un endothélium aplati à noyaux plus ou moins saillants. L'intérieur du kyste

est rarement tapissé par un endothélium aplati continu ; on retrouve le plus souvent quelques placards de cellules endothéliformes plus ou moins déchiquetées. Par endroits, les lacunes sont bourrées de cellules inflammatoires : lymphocytes et plasmocytes.

De nombreux vaisseaux musculaires lisses diversement orientés, plus ou moins dilatés, alternent avec des foyers hémorragiques.

De tels caractères histologiques peuvent donner prise à des interprétations variables et on peut se demander si la variété des tumeurs précédentes doit bien être rangée parmi les lymphangiomes. En procédant par élimination, on peut dire que les dispositions histologiques précédemment décrites permettent d'éliminer une origine rénale : la tumeur, quoique en contact avec le rein, ne présente pas de continuité avec lui ; d'ailleurs rien ne rappelle la structure des tubes urinifères. Pour la même raison, on écartera une origine surrénale ou pancréatique. Le kyste hydatique, avec sa membrane si spéciale, ne rappelle en rien la structure que nous venons d'exposer. Les tumeurs d'origine Wolfienne sont à éliminer, car elles sont tapissées de cellules cylindriques basses ou cubiques. Il ne peut enfin s'agir d'un entéro-kystome dont la structure rappelle celle de l'intestin.

Il faut donc rapporter ces tumeurs d'après leurs caractères positifs (endothélium et qualité du contenu) aux *lymphangiomes* ou aux *kystes séreux congénitaux*. La question de savoir s'il y a identité entre ces deux productions est difficile à trancher, d'autant plus que pour

beaucoup d'auteurs il y a identité entre ces deux formations.

Nous allons essayer néanmoins de montrer, grâce à l'appui de données pathogéniques, qu'une origine lymphatique peut fort bien être admise.

CHAPITRE III

Pathogénie

L'espace rétro-péritonéal et, en particulier, la région rénale, si souvent remaniée au cours du développement embryonnaire, sont, suivant l'expression de Mauclaire, « le rendez-vous de bien des débris embryonnaires aberrants qui, à un moment donné, peuvent être le point de départ de tumeurs ».

Parmi ces débris embryonnaires, il en est d'origine vasculaire et d'origine péritonéale (fascias d'accolement) qui peuvent également donner, en se développant, des formations à structure histologique rappelant les dispositions précédemment décrites. Peut-être faut-il admettre une anomalie du développement du système lymphatique au niveau de la capsule adipeuse du rein. Dans notre cas personnel, en particulier, il faut admettre l'existence d'un amas lymphatique congénital anormalement placé à l'insertion de la masse musculaire sacro-lombaire.

Quant à la cause qui préside au développement du liquide à l'intérieur de ces kystes, elle nous est inconnue. Hoffmann a supposé que, dans le cas rapporté dans notre première observation, les lymphatiques péri-rénaux avaient été comprimés par un cancer de la tête du pancréas, mais c'est là une simple hypothèse sans appui sérieux.

L'existence de deux variétés uni et multiloculaires s'explique assez bien si l'on admet que, dans le premier cas, une seule cavité s'est développée, tassant les autres à la périphérie où elles constituent autant de kystes en puissance. Dans le second cas, au contraire, toutes les cavités ont acquis un développement parallèle.

On s'est demandé, d'autre part, si la dilatation de vaisseaux lymphatiques pouvait donner lieu à des collections aussi considérables que celles observées. Une expérience de Schlomann a permis de répondre par l'affirmative. En effet, cet auteur est arrivé, en liant l'urètre chez le lapin, à produire par dilatation des vaisseaux lymphatiques accolés à ce conduit, de gros kystes péri-urétéraux tout à fait analogues aux lésions précédemment décrites.

On peut donc admettre, sans pouvoir le démontrer d'une façon indiscutable, la possibilité de tumeurs congénitales d'origine lymphatique. L'étude des débris lymphatiques embryonnaires, l'analyse chimique du liquide des kystes et enfin l'expérimentation permettront peut-être de trancher cette question dans l'avenir.

CHAPITRE IV

Observations

Avant de passer une revue générale des symptômes, nous allons donner la partie clinique des observations que nous avons pu recueillir :

OBSERVATION I

(Cas d'Hoffmann)

Il s'agissait d'un homme de 32 ans, atteint d'un cancer de la tête du pancréas. A l'autopsie on a découvert une tumeur pararénale uniloculaire d'origine lymphatique. On a émis l'hypothèse de la compression des lymphatiques par le néoplasme ou par des ganglions secondairement envahis.

OBSERVATION II

(Cas de Jacob et Bourguignon)

Il s'agissait d'un jeune soldat qui, depuis trois ans, avait constaté une augmentation de volume du ventre. Il éprouvait seulement, depuis ce temps, quelques dou-

leurs vagues, sans autres signes subjectifs ou fonctionnels.

Intervention le 30 décembre 1909. Extirpation de la tumeur avec conservation du rein. Suites simples. Guérison.

OBSERVATION III

(Desplas, 1922)

Femme de 47 ans, présentant une tumeur abdominale droite constatée deux ans auparavant. Elle était constituée par une masse occupant la fosse iliaque, s'étendant en haut jusqu'à la fosse lombaire, affleurant en bas le détroit supérieur du bassin, à droite du plan médian, à gauche du cadre colique.

A la palpation, on sentait une tumeur rénitente, tendue, kystique, légèrement douloureuse et donnant le contact lombaire.

Intervention (21 février 1922). — Laparotomie médiane ; clivage avec le pôle inférieur du rein et de l'uretère. Extériorisation facile. Le rein est intact. Le péritoine postérieur est reconstitué. Suites simples. Guérison.

Comme on le voit, ces diverses observations sont très incomplètes au point de vue clinique. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'y ajouter notre auto-observation, dont nous avons vécu les détails.

OBSERVATION IV

(Auto-observation)

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui s'aperçoit fortuitement, au début de juin 1929, que son ventre a augmenté de volume et présente une asymétrie gauche

marquée : toute la moitié de l'abdomen de ce côté est comblée par une volumineuse masse rénitente.

Depuis le mois de juillet 1928, l'état général avait décliné : perte des forces, amaigrissement de plusieurs kilogs, troubles digestifs vagues.

Au début de 1929, l'état général s'améliore sensiblement, mais à l'occasion d'efforts physiques un peu intenses et surtout prolongés, apparaissent des signes urinaires : urines légèrement troubles, pollakiurie, douleurs lombaires, surtout marquées à droite. Le ventre est souvent ballonné, surtout après les repas.

Au début du mois d'avril, les troubles précédemment notés ont disparu, au point que des marches quotidiennes de 20 à 30 kilomètres ont pu être accomplies normalement pendant un mois.

A partir de mai-juin, l'état général recommence à décliner : amaigrissement, langue sèche et très chargée, constipation tenace, crises de météorisme abdominal, œdème des jambes le soir. Les troubles urinaires décrits précédemment reparaissent, accompagnés de douleurs lombaires siégeant surtout à droite. En outre, apparaissent des *signes de sciatique* gauche, avec douleur sur le trajet du nerf et à la flexion de la cuisse sur le bassin.

C'est à cette époque et tout à fait par hasard qu'a été découverte la présence de la tumeur abdominale.

L'EXAMEN DE CETTE TUMEUR montre :

A l'*inspection*, une voussure très marquée soulevant toute la moitié gauche de l'abdomen, débordant la ligne médiane à droite. La peau, à ce niveau et à la partie inférieure du thorax, est sillonnée de veines très apparentes témoignant d'une circulation collatérale active.

L'asymétrie abdominale s'exagère encore lors des mouvements d'extension du tronc qui font saillir la tumeur du côté gauche, tandis que le côté droit se creuse.

La palpation (autant qu'on peut la pratiquer sur soi-même) montrait une masse abdominale volumineuse s'engageant en haut sous les fausses côtes, s'arrêtant en bas un peu au-dessus du pubis et débordant largement en dedans la ligne médiane.

La consistance était uniformément rénitente et donnait l'impression de fluctuation. D'ailleurs, la palpation bimanuelle permettait de déceler un *flot lombo-abdominal*.

La surface était régulière et lisse et semblait assez mobile sur les plans superficiels, mais en profondeur, en dedans de la crête iliaque, on avait la sensation d'une masse solide adhérente à l'os.

Les mouvements respiratoires ne semblaient pas se transmettre à la tumeur.

Enfin, la palpation de l'angle costo-lombaire donnait nettement le *contact lombaire*.

A la percussion, la matité est absolue dans tout le flanc gauche, s'étendant latéralement jusque dans la région lombaire, remontant au-dessous des fausses côtes de trois travers de doigt environ, descendant jusqu'au pubis; en dedans, près de la ligne médiane, existait une bande de sonorité, d'ailleurs variable, correspondant sans doute au côlon descendant refoulé.

Pendant toute cette période, l'indolence de la tumeur est complète et son existence se traduit seulement par une légère sensation de pesanteur.

Jusqu'à la fin du mois de juin, un repos complet permet à tous les signes subjectifs de s'atténuer et à l'état général de s'améliorer.

Au début de juillet 1929, assez brusquement, à la suite d'efforts musculaires d'ailleurs peu violents, apparaissent les signes suivants :

Du côté de la tumeur, sensation de tension douloureuse comme si la poche allait se rompre. La consistance devient plus ferme. La marche est devenue très pénible,

d'où obligation de rester coucher sur le côté gauche pour atténuer la douleur.

En même temps apparaissent des *signes fonctionnels et généraux* : frissons nocturnes suivis de fièvre ; céphalée intense ; vives douleurs lombaires, continues, avec quelques paroxysmes, siégeant des deux côtés, mais principalement à gauche ; diarrhée très abondante, prédominant le matin.

Les urines sont assez limpides, rares et très foncées.

L'ensemble de ces troubles justifie l'évacuation sur l'Hôpital militaire d'Oran.

Les douleurs se calment après quelques jours de repos, mais des signes hépatiques apparaissent : décoloration des matières, teinte subictérique des conjonctives.

La température, d'abord à 38°9, descend rapidement, pour osciller ensuite entre 37° et 37°5.

Une radiographie faite sans préparation ne montre rien de particulier.

Devant un tel tableau, étant donné les signes urinaires qui avaient précédé, on pense à une hydronéphrose plus ou moins infectée.

Le 15 juillet, retour en France. Le Docteur PHELIP conseille un mois de repos.

Une radiographie n'apporte pas de précision nouvelle. Pendant un mois, du 15 juillet au 15 août, l'état général s'améliore considérablement, la température s'abaisse très lentement et oscille, du matin au soir, entre 36°9 et 37°3.

Au point de vue local, la tumeur devient complètement indolore et légèrement moins tendue.

Les troubles digestifs subsistent, quoique atténués ; il persiste un peu de subictère des conjonctives.

Le 21 août 1929, *Cathétérisme de l'uretère gauche* par le Docteur PHELIP.

Une sonde urétérale très fine est passée assez facilement après avoir subi un ressaut à 2 cm. 5 environ du

méat urétéral. On recueille ainsi goutte à goutte quelques centimètres cubes d'un liquide limpide et pâle paraissant être de l'urine. La sonde est laissée à demeure, mais elle est rapidement bouchée ; au bout de deux heures, on la retire.

Le lendemain, une nouvelle tentative de cathétérisme échoue complètement.

Le 24 août, *nouveau cathétérisme* (Docteur PHÉLIP). On passe assez facilement à gauche une sonde urétérale n° 14 qu'on laisse en place pendant 9 heures. Il s'en écoule goutte à goutte, par éjaculations successives, un liquide analogue, à première vue, à l'urine normale. On recueille trois quarts de litre environ. Le retrait de la sonde a été suivi d'une violente réaction douloureuse au cours de la nuit : douleur continue avec paroxysmes siégeant sur le trajet de l'uretère, irradiée vers les bourses.

Le 27 août, *troisième cathétérisme*. On recueille, en huit heures, par la sonde laissée à demeure, un demi-litre environ d'urine à peu près limpide.

Après ces cathétérismes, on ne perçoit pas de modifications sensibles dans le volume et la consistance de la poche.

Ces drainages urétéraux répétés par sonde à demeure semblent avoir apporté, dans les jours suivants, une légère amélioration dans l'état général.

Le 15 septembre, *entrée à l'Hôpital Desgenettes* pour raisons militaires.

On fait d'abord des radiographies multiples sans préparation, qui ne donnent aucun résultat. Mais surtout on pratique les différents examens suivants :

ANALYSE DES URINES TOTALES, recueillies aseptiquement.

Volume en 24 heures : 1.700 cc.

Albumine et sucre : néant.

Chlorures : 5 gr. 60 par litre, 9 gr. 52 par 24 heures.

Urée : 12 gr. par litre, 20 gr. 40 par 24 heures,

Présence d'éléments de pus. Flore microbienne. Pas de B. K. à l'examen direct.

CYSTOSCOPIE (Docteur COURBOULÈS). — Capacité vésicale bien conservée : 200 gr. Aucune lésion visible. Orifices très faciles à voir et à cathétériser.

La PYÉLOGRAPHIE (faite avec une solution bromurée) montre, du côté gauche, l'image d'un bassin et de deux calices à peine dilatés. La volumineuse tumeur, prise pour une hydronéphrose, est peut-être un kyste hydatique.

L'uretère gauche est complètement dévié par la tumeur.

Après la pyélographie, on a fait des radiographies en série, qui n'ont montré aucune diffusion de la solution opaque dans la poche abdominale. L'insuffisance des radiographies n'a pas permis de voir le contour du rein.

Cette opération a été suivie d'une polyurie très abondante : 5 litres environ en 24 heures.

On a recueilli ainsi les urines séparées.

EXAMEN DES URINES SÉPARÉES :

REIN GAUCHE		REIN DROIT	
<i>Chlorures</i>	5 gr. 75 p. litre	<i>Chlorures</i>	9 gr. 20 p. litre
<i>Urée</i>	4 gr. 73 p. litre	<i>Urée</i>	6 gr. 57 p. litre

Pas de pus des deux côtés.

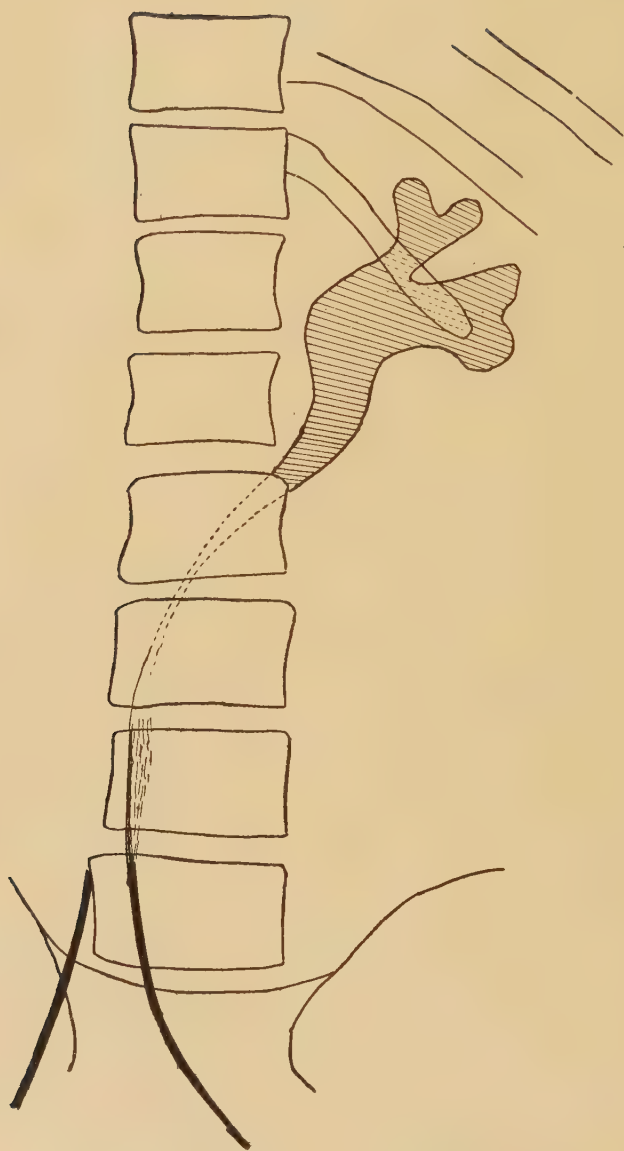
A noter que le rein gauche a sécrété dans le même temps un volume sensiblement double de celui sécrété par le rein droit.

Les inoculations pratiquées avec les urines séparées ont été négatives des deux côtés.

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

<i>Polynucléaires neutrophiles</i> . .	62
<i>Polynucléaires éosinophiles</i> . .	2
<i>Lymphocytes</i>	8
<i>Mononucléaires</i>	22

Le 30 septembre 1929, sortie de l'Hôpital Desgenettes.



CALQUE DE L'URETERO-PYELOGRAPHIE GAUCHE

Le bassin est légèrement dilaté; l'uretère est dévié au delà de la ligne médiane du côté gauche. On a l'impression que la solution opaque a diffusé autour de la sonde traduisant ainsi une légère dilatation urétérale. Du côté droit la sonde urétérale était poussée de quelques centimètres seulement dans l'uretère.

(à noter le nombre anormal de vertèbres lombaires)

RÉACTION DE CASANI. — Pour éliminer l'hypothèse de kyste hydatique, le Docteur MORÉNAS pratique, vers le milieu d'octobre, une intra-dermo-réaction. Le résultat est négatif.

A ce moment-là, le Docteur SANTY consulté, pense à un kyste rénal ou pararénal et conseille l'intervention.

Le 31 octobre. — INTERVENTION par le Docteur SANTY, assisté du Docteur PHELIP.

A. G. à l'éther. Grande incision oblique partant du milieu de la ligne pubo-ombilicale pour aller se terminer dans le sommet de l'angle costo-iliaque gauche. Section des muscles, y compris le grand droit.

On trouve le reflet péritonéal à la surface du kyste, qui se clive assez aisément ; on trouve les vaisseaux spermaticques ; on ne voit pas les vaisseaux mésentériques inférieurs. La libération du kyste par clivage se fait aisément vers le haut. En haut, on libère très facilement du côté du rein, en bas, par contre, on trouve l'implantation du kyste sur la crête iliaque dans l'angle sacro-iliaque. Cette implantation est très intime avec la crête iliaque et les muscles et aponévroses voisins. L'hémostase de cette implantation est simple. On termine en plaçant un petit drain. Le kyste avait été évacué par ponction au début.

Le 15 novembre 1929. — Suites très simples, sans incident de paroi ni réaction péritonéale.

Actuellement, huit mois après l'intervention, l'état général est excellent ; la paroi tient très bien.

CHAPITRE V

Symptômes

Les manifestations cliniques des lymphangiomes kystiques para-rénaux ne se distinguent pas de celles des autres tumeurs liquides siégeant dans la même région, aussi nous bornerons-nous à rappeler brièvement leurs symptômes déjà si bien étudiés par Thévenot, dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1919.

Pendant une durée parfois fort longue, les signes sont des plus restreints, souvent même la latence est complète. On peut cependant observer des douleurs sourdes dans la région rénale ou plus rarement des douleurs vives avec vomissements et crise d'anurie.

Il existe rarement un syndrome d'allure aiguë rappelant une crise de colique hépatique ou néphrétique.

A cette période les troubles fonctionnels sont généralement nuls. Très rarement l'évolution se fait par poussées, avec accroissement rapide de la poche ; c'est plutôt le fait des kystes hydatiques.

Localement, on n'observe pas de modification pen-

dant très longtemps, et c'est seulement lorsque la tumeur a acquis un volume assez considérable, qu'on peut arriver à la sentir à la palpation.

A une période plus avancée, que l'on pourrait qualifier de période d'état, apparaissent des troubles subjectifs et des signes locaux.

Les *symptômes douloureux* deviennent plus nets, la douleur plus ou moins vive le plus souvent sourde, siège dans la région lombaire avec irradiations inconstantes vers l'épigastre, la cuisse, le testicule.

Les *troubles digestifs* sont vagues et variables. Ils se manifestent quelquefois par de la diarrhée, des crises d'entérite ou de constipation.

Les *troubles urinaires* sont exceptionnels, car le bassin et l'uretère fuient devant la tumeur sans être englobés ni comprimés par elle. Néanmoins, lorsque son volume est par trop considérable, le refoulement et l'étiement trop accentués de l'uretère peuvent amener une certaine perturbation dans le fonctionnement de l'appareil urinaire, car il peut se produire un léger degré de rétention pyélique. En outre, une infection préexistante des voies urinaires peut être aggravée de ce fait.

Les *signes de compression* apparaissent très tardivement lorsque la tumeur est devenue énorme au point d'envahir presque tout l'abdomen. On remarque alors de l'œdème des membres inférieurs, une circulation collatérale à la surface de l'abdomen, mais il n'existe pas de varicocèle.

Les *signes généraux* sont représentés par de l'amai-

grissement et une fatigue très marquée, avec dyspnée au moindre effort.

LES SIGNES OBJECTIFS sont tardifs et souvent difficiles à interpréter..

Le ventre est déformé comme au cours d'une grossesse avancée. La surface cutanée est sillonnée d'un réseau veineux très développé. On porte alors les diagnostics les plus variés selon que la tumeur siège à droite ou à gauche, remonte au-dessous du rebord costal ou descend vers la fosse iliaque. Parfois même on est amené à penser à une cirrhose du foie.

La *palpation* montre une masse lisse et régulière, de consistance uniforme, plus ou moins fluctuante, parfois rénitente selon le degré de tension du liquide à l'intérieur. Lorsqu'on a affaire à une tumeur multiloculaire on sent, au lieu d'une tuméfaction régulière, des bosselures multiples avec des points de consistance variable; dans ce cas, la sensation de fluctuation est peu apparente.

La mobilité sur les plans adjacents, quoique nette, est peu marquée et la tumeur semble fixée dans la profondeur.

Le *palper bi-manuel* donne parfois la sensation de ballotement rénal, mais le plus souvent on obtient simplement le *contact lombaire* sans que la paroi soit déformée ni refoulée par la tumeur.

La *percussion* donne des résultats différents suivant le volume et la situation de la tumeur. Si elle est petite, il existe une bande de sonorité en avant; si elle est plus volumineuse, deux zones de matité apparaissent de part

et d'autre ; enfin si la tumeur, après avoir décollé le péritoine, refoule complètement le côlon en dedans et vient se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure, la matité est complète en avant, *latéralement et en arrière*. Une bande de sonorité peut cependant apparaître temporairement sur le bord interne de la voussure lorsque le côlon est insufflé ou distendu par des gaz intestinaux.

Les organes voisins sont indépendants du kyste.

Le *foie* est nettement délimité par un sillon perceptible qui peut correspondre à une bande de sonorité à la percussion quand une anse intestinale vient s'y loger.

La *rate*, déjetée latéralement, n'est pas perceptible.

Le *toucher vaginal* permet parfois de sentir le pôle inférieur de la tumeur indépendante de l'utérus refoulé en bas et latéralement (tandis que dans le kyste de l'ovaire le col utérin est soulevé et le corps est reporté en avant contre le pubis). On peut constater, en outre, qu'il n'existe pas de liquide ascitique au niveau des culs-de-sacs vaginaux.

L'examen clinique précédent doit toujours être complété par un *cathétérisme des uretères*, qui montrera d'abord la valeur fonctionnelle des deux reins, en général respectée. Cependant, dans notre cas personnel, le rein du côté de la tumeur concentrait deux fois moins que celui situé du côté sain.

La *radiographie* ne montre pas le contour du kyste mais peut indiquer celui du rein.

Mais c'est surtout la *pyélographie* qui pourra donner des renseignements intéressants au point de vue diagnostique.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution est très lente et peut se poursuivre pendant des années ; il est d'ailleurs difficile d'être fixé exactement à ce sujet, car le début est complètement latent. Les signes légers et vagues pendant longtemps n'attirent pas l'attention du malade dont l'état général est peu touché. En somme, il s'agit de tumeurs bénignes non susceptibles de généralisation et n'envahissant pas les organes avec lesquels elles entrent en contact.

Les *complications* peuvent être considérées comme exceptionnelles. Nous signalerons simplement la possibilité de *rupture traumatique*, simple éventualité non encore observée ; l'*infection* très rare, étant donné l'indépendance de la circulation colique et péri-rénale ; la *dégénérescence néoplasique* peu probable étant donné la nature histologique de la paroi.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le caractère vague et imprécis des symptômes, l'absence de signe pathognomonique rendent le diagnostic de kyste para-rénal déjà très difficile; quant à faire par l'examen clinique la différenciation de la variété anatomique — en particulier de lymphangiome kystique — il n'y faut pas songer. En général, on porte les diagnostics les plus variés selon la situation de la tumeur qui peut être confondue, d'une part, avec toutes les tumeurs kystiques de l'abdomen, d'autre part avec les collections liquides d'origine rénale ou para-rénale. Aussi ne peut-il être question que de diagnostic différentiel après exclusion des autres hypothèses possibles.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs abdominales

Les données en sont variables selon que le kyste paraît médian, occupe le flanc droit ou le flanc gauche.

POUR LES KYSTES MÉDIANS on reconnaîtra tout d'abord qu'il ne s'agit pas d'une ascite libre dans l'abdomen. On passera ensuite en revue les diverses affections suivantes :

Les *kystes du mésentère* présentent souvent des symptômes douloureux avec des troubles digestifs marqués. Ce qui les caractérise, c'est leur mobilité plus grande que celle des tumeurs sous-péritonéales et leur localisation constante au voisinage de l'ombilic.

Les *kystes du corps du pancréas* peuvent, par leur situation en arrière d'une anse intestinale sonore, en imposer pour une affection de la loge rénale, mais on pourra les différencier par leur situation très haute et les troubles digestifs plus marqués : diarrhée, selles graisseuses, amaigrissement, etc...

Les *kystes de l'ovaire* sont le plus facilement confondus avec les kystes para-rénaux. C'est la palpation de l'abdomen et le toucher vaginal qui trancheront la question. La percussion, montrant dans le cas du kyste ovarien une matité centrale, entourée de zones de sonorité dans les flancs se prolongeant latéralement, tandis que dans le cas de tumeur para-rénale, la matité se prolonge latéralement jusqu'en arrière.

LES KYSTES LATÉRAUX DROITS peuvent être confondus avec des lésions hépatiques.

Les *tumeurs du foie* (kyste hydatique ou autres) sont plus superficielles sans bande de sonorité antérieure. La percussion et la palpation permettent souvent de localiser le bord inférieur distinct de cet organe.

Les *grosses vésicules* lisses arrondies, mobiles, donnant le ballotement rénal mais sans bande de sonorité interposée ni contact lombaire, peuvent être très difficiles à différencier. On cherchera les signes hépatiques : ictère, température, qui pourront attirer l'attention du côté de la vésicule.

Certaines formes d'*abcès sous-phréniques* pourraient même, par leur situation, créer la confusion. Mais ils ont un début brusque avec des signes de lésion d'un organe voisin : température, vomissement, douleur, présence de gaz.

LES KYSTES LATÉRAUX GAUCHES, qui peuvent ressembler aux kystes para-rénaux, sont surtout :

Les *kystes de la queue du pancréas*, dont l'évolution est lente et insidieuse. Ils sont assez mobiles, mais ne donnent pas le contact lombaire. On peut arriver à les distinguer en insufflant le gros intestin qui les déplace alors que les collections rénales ou para-rénales ne sont pas déplacées par ce procédé. Enfin on se fondera sur les signes pancréatiques, tels que : selles graisseuses, diabète, lorsqu'ils existent.

Les *kystes de la rate* sont très mobiles, se déplaçant avec les mouvements respiratoires, respectant le bord antérieur de l'organe. Ils sont directement appliqués contre la paroi sans bande de sonorité interposée.

Dans tous les cas douteux on pourra pratiquer l'*insufflation du gros intestin* ou bien la *radiographie après lavement opaque*.

Diagnostic différentiel avec les tumeurs de la loge rénale

Parmi les TUMEURS RÉNALES, les *hydronéphroses* peuvent prêter à confusion par la lenteur de leur développement et la latence de leurs symptômes. Mais la poche se vide par intermittence, avec débâcle d'urine trouble. Enfin le cathétérisme urétéral pourra faire disparaître rapidement la tumeur. La pyélographie montrera les contours de la poche.

Le *kyste du rein* est à peu près impossible à distinguer cliniquement du kyste para-rénal et c'est seulement au cours de l'intervention que la question pourra être tranchée.

Les *cancers du rein*, en général, se distinguent assez facilement, cependant leur consistance peut être fluctuante et lorsqu'ils envahissent plus particulièrement le pôle inférieur, ils peuvent paraître indépendants du rein, simulant ainsi un kyste para-rénal. Parfois, de telles tumeurs s'accompagnent d'une grosse diminution de la valeur fonctionnelle du rein, d'hématuries, de douleurs, de varicocèle symptomatique qui aideront au diagnostic.

Les *reins polykystiques* seront facilement reconnus aux caractères suivants : bilatéralité, hématuries, albuminurie.

Les *tumeurs d'origine surrénale*, étudiées par Lecène, sont en général solides. Quelques cas de kystes hématisques, dont l'origine surrénale est d'ailleurs discutée, ne s'accompagnent d'aucun signe fonctionnel particulier,

d'où l'impossibilité de faire le diagnostic avant l'intervention.

LES TUMEURS DE LA LOGE RÉNALE, en dehors des kystes, sont ou des tumeurs solides ou des épanchements liquides enkystés.

Les *tumeurs solides*, étudiées par Lecène, peuvent prêter à confusion lorsqu'il s'agit de lipome plus ou moins fluctuant ou lorsque des cavités kystiques se sont développées à l'intérieur de la masse solide. Le plus souvent, c'est seulement au cours de l'intervention qu'on se rendra compte de la nature véritable de la lésion.

Les *épanchements liquides péri-rénaux* sont le plus souvent traumatiques. Des hématomes peuvent se collecter à la suite d'une contusion directe ou indirecte du rein ; ils s'accompagnent de douleurs et d'ecchymose lombaire. Chez les hémophiles, l'apparition de tels hématomes est beaucoup plus insidieuse.

Les *épanchements lymphatiques*, plus rares, dont la cause nous échappe, ne sauraient être diagnostiqués d'une façon précise.

Enfin, les *épanchements d'urine*, plus fréquents, sont constitués par une collection logée entre le parenchyme rénal et la capsule distendue, mais le plus souvent c'est en dehors de la capsule que l'urine vient se répandre. Le traumatisme antérieur, le développement progressif de la poche donnant, à la palpation, la sensation d'une masse bosselée et irrégulière permettant, en général, de faire le diagnostic.

En somme, le diagnostic de kyste para-rénal présente

les plus grandes difficultés. La seule différenciation entre les tumeurs abdominales et celles de la loge rénale est déjà délicate. On recherchera particulièrement le *contact lombaire*, la *matité qui se continue latéralement et en arrière* et surtout on pratiquera une PYÉLOGRAPHIE, ou mieux, une URETÉRO-PYÉLOGRAPHIE avec sondes opaques. On pourra constater ainsi des déformations et des anomalies de remplissage du bassinet comme il s'en produit dans les tumeurs rénales, des déviations des sondes par une masse rénale ou para-rénale.

En général, dans les tumeurs para-rénales, il n'y a pas de modifications du bassinet, mais on peut voir des modifications dans le contour du rein et surtout dans sa position, tandis que dans les tumeurs d'origine rénale il existe toujours des déformations pyéliques. C'est un point d'appréciation très délicate qui nécessite une grande habitude dans l'interprétation des images pyélographiques. Peut-être pourrait-on faire des pyélographies en série en essayant de faire varier les positions du kyste et établir ainsi l'indépendance de ce dernier vis-à-vis du rein, mais cela n'a pas encore été tenté, à notre connaissance.

Enfin le CATHÉTÉRISME URETÉRAL sera toujours pratiqué et permettra, grâce à l'analyse chimique des urines séparées de se rendre compte de la valeur fonctionnelle des deux reins.

Toutes ces manœuvres, tendant à établir l'indépendance du kyste avec le rein, ne donnent pas toujours des résultats très précis, mais peuvent orienter l'intervention de façon à conserver le rein,

Il est absolument impossible de soupçonner la nature du kyste para-rénal et, en particulier, des lymphangiomes para-rénaux si exceptionnels. Tout au plus peut-on éliminer le kyste hydatique en pratiquant une intradermo-réaction ou une réaction de Weinberg, les kystes communicants d'origine rénale par une bonne pyélographie. Le diagnostic précis ne pourra être porté qu'au cours de l'intervention. A ce moment-là on pourra repérer les rapports exacts de la poche avec le rein, la surface de contact et surtout les adhérences plus ou moins lâches avec cet organe. Enfin, on notera les rapports avec les organes du voisinage et avec le péritoine. L'examen histologique des parois de la pièce, avec l'analyse chimique du liquide, viendra seule apporter une précision certaine dans le diagnostic définitif.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement des lymphangiomes kystiques pararénaux ne diffère en rien de celui des autres tumeurs liquides de la région : il doit être chirurgical. La ponction est à rejeter d'une façon générale, cependant elle pourra être utilisée comme procédé d'urgence en attendant une intervention plus complète, mais ce n'est jamais qu'un pis-aller.

L'*extirpation complète*, après ponction préalable, est le procédé de choix ; elle sera souvent possible grâce à l'indépendance du rein et de la tumeur. Les examens préalables, qui montrent l'existence d'une tumeur pararénale, permettront d'orienter l'intervention de manière à sauvegarder le rein. Mais le clivage n'est pas toujours possible et parfois l'adhérence trop intime de la poche avec le rein obligent à faire une néphrectomie. Si la valeur fonctionnelle du rein opposé est trop diminuée, on sera obligé de recourir à l'incision du kyste avec ou sans marsupialisation,

Pour aborder la tumeur, on peut utiliser, selon les cas, l'une des trois voies, d'abord suivantes : la voie antérieure transpéritonéale, la voie antéro-latérale et la voie postérieure.

La voie antérieure sera le plus souvent employée, car c'est elle qui donne le plus de jour et permet de repérer plus facilement les rapports de la tumeur : c'est un avantage précieux, surtout quand le diagnostic est hésitant, comme il arrive dans la plupart des cas. On utilisera soit une incision latérale le long du bord du droit, soit une incision antérieure obliquement transversale, respectant les trajets nerveux. L'intestin est refoulé en dedans, on découvre la face antérieure de la poche recouverte par le côlon : c'est sur le bord externe de cet organe que l'on incisera le feuillet péritonéal postérieur, pour, ensuite, rechercher un plan de clivage. Le péritoine est reconstitué après extirpation de la tumeur, et l'on referme avec ou sans drainage.

La voie antéro-latérale n'ouvre pas le péritoine et présente, de ce fait, un avantage certain. Elle est particulièrement indiquée lorsque des poussées inflammatoires antérieures feront prévoir la marsupialisation de la poche.

La voie lombaire peut enfin être employée, mais d'une façon générale elle ne donne pas suffisamment de jour ; de plus, on est gêné par le rein, que se trouve en arrière de la poche, et, en cas d'adhérences, on risque davantage de léser le parenchyme rénal. Aussi, si l'on compare les avantages respectifs de ces diverses voies d'abord, est-on amené à préférer, le plus souvent, les voies anté-

rieure ou antéro-latérale qui permettent des manœuvres plus aisées, surtout s'il existe des zones d'adhérences et si le diagnostic est incertain.

Le drainage consécutif sera le plus souvent inutile, mais si l'on craint un suintement, on peut placer un petit drain lombaire qu'on laissera en place deux ou trois jours.

Dans les cas particuliers qui nous occupent, les résultats opératoires ont été excellents : dans toutes les interventions, le rein a été conservé, la guérison complète a suivi. Malgré tout, l'extirpation de telles tumeurs présente les risques inhérents à toutes les opérations portant sur l'abdomen. Le succès dépendra souvent de l'état général du malade, de la conservation ou de l'ablation du rein et, dans ce dernier cas, de la valeur fonctionnelle de l'organe opposé.

Conclusions

I. — Les tumeurs pararénales sont d'une observation peu courante ; ce sont généralement des tumeurs solides (lipome, sarcome, lipo-sarcome, lipo-myxome).

II. — Parmi les tumeurs liquides, les lymphangiomes constituent une variété absolument exceptionnelle et discutée.

III. — Ces lymphangiomes sont caractérisés par leur structure histologique, mais, cliniquement, ils se confondent avec les tumeurs pararénales en général.

IV. — Le diagnostic est le même et présente les mêmes difficultés que pour les kystes pararénaux en général ; la pyélographie joue un rôle important dans la démonstration du caractère pararénal de la tumeur. Dans tous les cas, les rapports du kyste avec le rein et son pédicule devront être précisés. La structure histologique, indiquant la variété du kyste, ne peut être soupçonnée avant l'intervention.

V. — La thérapeutique, uniquement chirurgicale, est la même que celle des autres tumeurs liquides pararé-

nales. Les examens préalables, montrant l'indépendance de la tumeur avec le rein, pourront permettre la conservation de ce dernier au cours de l'intervention.

Le pronostic, en dehors des risques opératoires, est celui d'une tumeur bénigne.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Le DOYEN,	GAYET.
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 30 Mai 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- LECÈNE. — Tumeurs solides paranéphrétiques. (XXVIII^e Congrès Français de Chirurgie, Paris, 6-11 octobre 1919.)
- THEVENOT. — Kystes paranéphrétiques. (XXVIII^e Congrès Français de Chirurgie.)
- DELAUNAY. — *Thèse de Paris*, 1926.
- LECÈNE. — *Précis de Pathologie chirurgicale*. (Agrégés.)
- JACOB et BOURGUIGNON. — Tumeur rétro-péritonéale (Lymphangiome kystique). *Bull. de la Soc. Anat.*, mars 1910.
- MAUCLAIRE. — *La Clinique*, 21 janvier 1910.
- DESPLAS. — *Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, N^o 6, 21 fév. 1922, p. 207.
- DANIEL N. EISENDRATH et IRVIN S. KOLL (de Chicago). — Analyses. *Journal d'Urologie*, t. II, 1927, p. 488.
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Etiologie	17
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie Pathologie	19
<i>Chapitre III.</i> — Pathogénie.....	31
<i>Chapitre IV.</i> — Observations	33
<i>Chapitre V.</i> — Symptômes	43
<i>Chapitre VI.</i> — Diagnostic	49
<i>Chapitre VII.</i> — Traitement	57
Conclusions	61
Bibliographie	63

